

入院申込書（兼誓約書）

慈啓会病院長 殿

この度、貴院に入院し、診療を受けたいので連帯保証人連署の上申し込みます。入院の際は貴病院の諸規則を守り、指示に従います。また、下記事項を相違なく履行することを誓約いたします。

記

- 入院者の一身上に関することについては、申込者又は連帯保証人が一切の事項を引き受けます。
- 入院料、治療費その他諸経費は、指定の期日までに入院者、申込者又は連帯保証人が責任をもって納入いたします。
- 退院を命ぜられた場合は、申込者又は連帯保証人の責任において、指定の期日までに必ず引き受けます。

			入院日	平成	年	月	日
患者	ふりがな		男 女	明・大 昭・平	年	月	日
	氏名	様 (印)					
	現住所	〒 -	電話番号	-	-		
			携帯電話	-	-		
勤務先		電話番号	-	-			

申込者が患者ご本人の場合は「同上」欄にチェック願います。 同上

申込者 (代理人)	ふりがな		続柄		
	氏名	様 (印)			
	現住所	〒 -	電話番号	-	-
			携帯電話	-	-
勤務先		電話番号	-	-	

身元引受人が申込者と同じの場合は「同上」欄にチェック願います。 同上

身元引受人	ふりがな		続柄		
	氏名	様 (印)			
	現住所	〒 -	電話番号	-	-
			携帯電話	-	-
勤務先		電話番号	-	-	

支払責任者が身元引受人と同じの場合は「同上」欄にチェック願います。 同上

支払責任者	ふりがな		続柄		
	氏名	様 (印)			
	現住所	〒 -	電話番号	-	-
			携帯電話	-	-
勤務先		電話番号	-	-	

※変更日 年 月 日 ※退院日 年 月 日

《連帯保証人について》

連帯保証人は成年者であって、本人とは別に生計を営んでいる方をお願いします。

連帯保証人	ふりがな		患者との 続柄	
	氏名	様 (印)		
	現住所	〒 -	電話番号	- -
			携帯電話	- -
勤務先		電話番号	- -	

《入院費のお支払いについて》

入院費は月末締めで作成し、翌月10日頃に請求させていただきます。

請求書の取り扱いを下記よりお選びください。

- 振込用紙付請求書をお送りし、郵便局や銀行から振込みにてお支払いする。
- 請求案内を郵送し、1階受付にてお支払いする。

(上記の場合は郵送先をチェックしてください。)

郵送先	<input type="checkbox"/> 患者様宅、 <input type="checkbox"/> 申込者様宅、 <input type="checkbox"/> 身元引受人様宅、 <input type="checkbox"/> 支払責任者様宅 <input type="checkbox"/> 連帯保証人様宅、 <input type="checkbox"/> その他の場合（下記に記載）			
	その他	氏名		電話番号 () -
		現住所	〒 -	

- 患者様ご本人にお渡しする。
- 慈啓会関連施設へ請求（施設名： _____）
- 自動振替（郵便局）
 - 自動振替契約が必要となります。
- 預り金からお支払い
 - 預り金契約が必要となります。

《個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の発行について》

当院では、医療の透明化や患者様への情報提供を積極的に推進していく観点から、平成22年4月1日より、領収証の発行の際に個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書を発行することと致しました。明細書には、使用した薬剤の名称や行われた検査の名称が記載されます。

なお、明細書の発行を希望します・希望しませんのどちらかをチェックしてください。

明細書の発行	<input type="checkbox"/> 希望します <input type="checkbox"/> 希望しません
チェックした方	<input type="checkbox"/> 患者様、 <input type="checkbox"/> 申込者様、 <input type="checkbox"/> 身元引受人様、 <input type="checkbox"/> 支払責任者様、 <input type="checkbox"/> 連帯保証人様